

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ

М.И. ЧЕРНАЯ*,

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, chernaya_masha@mail.ru

А.Б. ХОЛМОГОРОВА**,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

О.В. ЗУБАРЕВА***,

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени
Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, olgazubareva@yandex.ru

Для цитаты:

Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 69—88. doi: 10.17759/cpp.20162403005

* Черная Мария Игоревна, младший научный сотрудник, ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, chernaya_masha@mail.ru

** Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Московский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; и.о. декана факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

*** Зубарева Ольга Викторовна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением кризисных состояний и психосоматических расстройств, ГБУЗ Науч-

Т.В. ЖУРАВЛЕВА****,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, tita1993@mail.ru

В статье представлен ретроспективный анализ историй болезни 192 пациентов с суицидальными попытками, проходивших лечение в соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского. Выборка включила 64% мужчин и 36% женщин. Большинство пациентов не имели высшего образования (82%), не состояли в браке (71%), находились в активном трудоспособном возрасте от 15 до 45 лет (74%). На основе анализа историй болезни выявлено: суицидальные попытки наиболее свойственны пациентам с диагнозами аффективного и личностного расстройства (56%); 11% — употребляли алкоголь и наркотические вещества, 74% — наносили себе колото-резаные ранения различной локализации, 65% — были инфицированы вирусом гепатита. Усиление тяжести психического состояния и нарастание психологической и социальной дезадаптации пациентов после совершения первичных аутоагрессивных действий чаще всего выступают в качестве факторов совершения повторных и многократных суицидальных попыток. Обосновывается необходимость создания специальных центров для реабилитации пациентов, совершивших суицидальную попытку, с целью предотвращения повторных аутодеструктивных действий, на основе модели центров диалектической бихевиоральной терапии, создаваемых для специализированной помощи пациентам с хроническим суицидальным поведением.

Ключевые слова: суицидальное поведение, социально—психологические факторы, суицидальная попытка, профилактика.

Введение

Суицидальное поведение — комплексная проблема, требующая учета социально-экономических, теологических, философских, психологических и медицинских аспектов [22]. Как отмечала А.Г. Амбрумова, изучение самоубийств только с медицинской точки зрения невозможно, основополагающей предпосылкой суицидального поведения выступает социально-психологическая дезадаптация личности в условиях микро-социального конфликта [1; 2]. Суицидальное поведение называют болезнью цивилизации [6], а уровень самоубийств рассматривают как меру

но-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, olgazubareva@yandex.ru

**** Журавлева Татьяна Владимировна, студентка магистратуры кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, tita1993@mail.ru

общественного здоровья нации [28]. Ежегодно во всем мире самоубийства совершают от 873 тысяч до одного миллиона человек. По данным Всемирной организации здравоохранения, суицид является 13-й по счету причиной смерти на нашей планете [17].

Примечателен тот факт, что в Европейском регионе в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет самоубийства занимают второе место среди причин смертности после дорожно-транспортных происшествий. При этом предположительно в 20 раз большее число людей совершают суицидальные попытки без фатального исхода, что выдвигает данную форму аутоагрессии на шестое место среди причин потери трудоспособности во всех развитых странах мира.

Среди суицидентов повторные суицидальные попытки предпринимают от 20% до 60% человек с временным интервалом до трех лет [13]. Каждый второй пытавшийся покончить с собой в течение года повторяет свою попытку, а каждый третий совершал суицидальную попытку в прошлом [24].

Анализ незавершенных суицидальных попыток важен для понимания причин и механизмов суицидогенеза. Как подчеркивает Б.С. Положий, количество незавершенных суицидов в несколько раз превышает количество самоубийств с летальным исходом [19]. Незавершенные суицидальные попытки позиционируются как попытки с «нефатальным результатом» [16], когда индивид намеренно, с целью изменения ситуации или проявляя агрессию по отношению к собственной личности, наносит себе самоповреждения. Изучение социально-психологических и психолого-психиатрических факторов аутодеструктивного поведения, включая завершенные и незавершенные, первичные и повторные суициды, а также самоповреждения, не имеющие суицидальной направленности, представляет самостоятельную научную задачу, решение которой позволяет раскрыть современные социальные аспекты суицидогенеза.

Незавершенные суицидальные попытки и самоповреждающее поведение могут наблюдаться как у пациентов с психопатологией, так и у психически здоровых людей в ситуациях кризиса и стресса [20; 21]. Отмечается, что в условиях психопатологии акты самоповреждения обусловлены спецификой болезни, тогда как при нормативном психическом развитии самоповреждающее поведение отражает нарушения психологического функционирования, вызванные как стрессовыми воздействиями, так и кризисно протекающими изменениями, свойственными подростковому и юношескому возрасту [20; 21]. Согласно исследованиям Н.А. Польской, в основе самоповреждающего поведения — необходимость восстановления «контроля над собственным состоянием», что подразумевает преодоление высокоинтенсивных болезненных эмоций, вызванных ситуативными факторами и обусловленных психологиче-

скими трудностями контроля над эмоциями, низкой толерантностью к стрессу, плохо развитыми навыками саморегуляции [20; 21].

Наиболее распространенными диагнозами у пациентов с неоднократно аутоагрессивными действиями являются расстройства личности и расстройства настроения. Распространены также смешанные тревожно-депрессивные и конверсионные расстройства [10; 11].

В МКБ-10 одним из критериев эмоционально-неустойчивого расстройства личности (РЛ) и пограничного расстройства личности (ПРЛ) является склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения.

А.Б. Смулевич выделяет такую диагностическую единицу, как мазохистическое (самоповреждающее) РЛ, отмечая при этом, что оно редко квалифицируется как самостоятельная категория. Чаще всего РЛ этого круга перекрываются, выступая в качестве акцентуаций характера, другими личностными девиациями [22]. Аутоагрессивное поведение у данных личностей носит скорее манипулятивный характер, а самоповреждения преимущественно поверхностны. Стремление привлечь внимание к самоповреждениям в надежде избежать грозящие катастрофы и конфликты, восприятие себя как отвергнутого и покинутого (при свершившихся разрывах семейных, любовных отношений) выступают основными мотивами подобного поведения. В качестве психологических характеристик мазохистического РЛ называют сенситивность и обостренную чувствительность даже к незначительным знакам нелюбви и разочарования со стороны окружающих [22].

Т.Ю. Ласовская, изучая аутоагрессивное поведение у лиц с ПРЛ, отметила, что в основе самоповреждающего поведения могут лежать различные мотивы. На первом месте, согласно ее данным, находится мотив нанесения физической боли, чтобы справиться с психической болью и с сильными эмоциями [14]. Н.А. Польская отмечает, что основные мотивы нанесения самоповреждений носят эмоционально-регулятивный характер и связаны с функциями контроля эмоций [20]. Автор рассматривает два типа контроля при самоповреждении:

- 1) контроль над собственным состоянием (избавление от напряжения/восстановление контроля над эмоциями);
- 2) контроль над внешними событиями (воздействие на других или поиск нового опыта) [20].

В исследовании А.Б. Холмогоровой с соавторами было показано, что суицидальное поведение характеризуется такими дезадаптивными копинг-стратегиями, как «психическое избегание» и «вентиляция эмоций» (эмоциональная разрядка) [24]. Было отмечено, что большин-

ство студентов с актуальной суицидальной направленностью имели суицидальные инциденты в прошлом, а у студентов, склонных к хроническому суицидальному поведению, был выявлен повышенный уровень социальной тревожности [24]. В.Ф. Войцех полагает, что при первичных суицидальных попытках преобладает такая форма суицидального поведения, как «протест» или «протест-призыв», в то время как при повторных суицидальных попытках отмечено появление истинных намерений покончить с собой с преобладанием такой формы суицидального поведения, как «самонаказание» или «отказ» — признание своего поражения и нежелание продолжать борьбу [4]. При каждом повторном суициде риск летального исхода увеличивается, так как от попытки к попытке нарастает тяжесть нанесенных увечий. У лиц, совершивших одну суицидальную попытку, высок риск ее повторения в будущем [10].

У пациентов с хроническим суицидальным поведением и с ПРЛ на первом месте стоят такие причины, как травматические события, связанные с трудностями взаимодействия с партнером, родственниками. Под данными травматическими событиями подразумеваются: развод, измена партнера, ссора, разрыв значимых отношений с близкими людьми [5]. Еще одной причиной совершения суицидальных попыток является наличие гемоконтактных инфекций. Суицидальные мысли и действия довольно часто сопутствуют ВИЧ-инфекции и являются важным феноменом в жизни ВИЧ-инфицированного пациента, имеющим место в любой период течения заболевания, вне зависимости от его прогрессирования [7].

Таким образом, данный обзор подтверждает высокую социальную значимость изучения суицидального поведения в целях его профилактики, что предполагает обязательный учет макросоциальных факторов: социально-экономических, культурно-исторических и этнических особенностей страны или ее региона; детальное исследование индивидуальных, семейных, социальных и психологических аспектов суицидогенеза, на основе чего возможен всесторонний подход к пониманию условий, влияющих на формирование суицидального поведения [24]. Высокая распространенность аутодеструктивных актов в клинической выборке у пациентов с расстройствами личности, коморбидными расстройствами и расстройствами смешанного генеза обуславливает необходимость выявления и оценки суицидальной (и более широко, аутодеструктивной) специфики через анализ клинико-феноменологических и социально-психологических данных.

В статье изложены результаты ретроспективного анализа 192 историй болезни пациентов с суицидальными попытками, госпитализированных в соматопсихиатрическое отделение для хирургических больных НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского в период 2012—2014 годов.

Результаты и обсуждение

По результатам анализа 192 историй болезни пациентов с суицидальными попытками установлено, что большинство обследованных — мужчины (64%), женщины — 36% от общего числа пациентов в выборке. Распределение по полу, возрастным группам, образованию и семейному положению представлено ниже (табл. 1). Большинство пациентов не имели профессиональной специализации (26%), либо имели средний уровень образования (56%), т. е. 82% от общей выборки не имели высшего образования. Чаще всего пациенты не состояли в браке (54%), либо были разведены (17%), что составляет 71% от общей выборки. Более половины пациентов находились в активном трудоспособном возрасте от 15 до 45 лет (74% от общей выборки).

Таким образом, можно говорить о том, что такие социально-психологические характеристики, как невысокий уровень образования, сложность в выстраивании доверительных отношений и одинокое проживание характерны для этого контингента и могут повышать риск суицидального поведения.

По виду физической травмы были выделены следующие группы:

колото-резаные ранения различной локализации (X78);

падения с высоты (X80);

странгуляционная асфиксия (X70);

инородные тела в ЖКТ (X83);

самоутопление (X71);

самоповреждение пламенем (X76);

самоотравление (X61-X69);

огнестрельные ранения (X72-X74).

По ведущему психопатологическому расстройству были выделены следующие группы:

1) аффективные расстройства (F32-F43);

2) расстройства личности (F60);

3) шизофрения и другие острые психозы (F20-F23);

4) органические заболевания ЦНС (F06);

5) зависимость от ПАВ (F10-F19).

Неоднократные аутодеструктивные действия были разделены на первичную и повторные суицидальные попытки с целью выявления возможных специфических различий или сходства между ними и определения зависимости первичных и повторных суицидальных попыток от психопатологических расстройств и гемоконтактных инфекций.

В табл. 2 и 3 представлено распределение суицидальных способов по группам психопатологических расстройств в зависимости от первичной или повторной суицидальной попытки.

При распределении пациентов в зависимости от гемоконтактных инфекций установлено, что у большинства (65%) обнаруживаются антитела к ге-

Таблица 1

Возрастные, гендерные и социальные характеристики суицидентов

Пол	Возрастная группа	Образование			Семейное положение				Всего респондентов
		Среднее	Среднее-специальное	Высшее	Холост/ не замужем	Женат/ замужем	В разводе		
Мужчины	15—25 лет	7 (27%)	19 (73%)	-	25 (96%)	-	1 (4%)	26 (14%)	
	26—35 лет	14 (35%)	22 (55%)	4 (10%)	27 (67%)	8 (20%)	5 (13%)	40 (21%)	
	36—45 лет	9 (29%)	17 (55%)	5 (16%)	17 (55%)	9 (29%)	5 (16%)	31 (16%)	
	46—55 лет	-	12 (75%)	4 (25%)	1 (6%)	10 (62%)	5 (32%)	16 (8%)	
	56—65 лет	2 (26%)	3 (37%)	3 (37%)	2 (26%)	3 (37%)	3 (37%)	8 (4%)	
	Свыше 65 лет	-	1 (50%)	1 (50%)	-	1 (50%)	1 (50%)	2 (1%)	
Женщины	15—25 лет	9 (69%)	1 (8%)	3 (23%)	10 (77%)	3 (23%)	-	13 (7%)	
	26—35 лет	8 (38%)	11 (52%)	2 (10%)	12 (57%)	3 (14%)	6 (29%)	21 (11%)	
	36—45 лет	2 (17%)	8 (66%)	2 (17%)	2 (17%)	6 (50%)	4 (33%)	12 (6%)	
	46—55 лет	-	9 (75%)	3 (25%)	5 (42%)	3 (25%)	5 (42%)	12 (6%)	
	56—65 лет	-	1 (33%)	2 (67%)	-	3 (100%)	-	3 (2%)	
	Свыше 65 лет	1 (13%)	2 (25%)	5 (62%)	2 (25%)	6 (75%)	-	8 (4%)	

Таблица 2

Способы суицида и психопатологические расстройства у пациентов
 с повторными суицидальными попытками

Диагноз	Способ суицида										
	X78	X78	X72-X74	X80	X70	X83	X71	X76	X61-X69	Всего	
F32-F43	17 (34%)	25 (27%)	-	6 (25%)	6 (60%)	-	-	-	1 (50%)	55 (29%)	
F20-F23	6 (12%)	17 (18%)	1 (50%)	9 (38%)	2 (20%)	2 (33%)	2 (67%)	2 (100%)	-	41 (21%)	
F60	21 (42%)	21 (23%)	1 (50%)	5 (21%)	1 (10%)	2 (33%)	1 (33%)	-	-	52 (27%)	
F06	2 (4%)	18 (19%)	-	2 (8%)	-	-	-	-	1 (50%)	23 (12%)	
F10-F19	4 (8%)	12 (13%)	-	2 (8%)	1 (10%)	2 (33%)	-	-	-	21 (11%)	
Итого	50 (26%)	93 (48%)	2 (10%)	24 (13%)	10 (5%)	6 (3%)	3 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	192 (100%)	

Таблица 3

Способы суицида и психопатологические расстройства у пациентов
 с первичной суицидальной попыткой

Диагноз	Способ суицида										
	X78	X78	X72-X74	X80	X70	X83	X71	X76	X61-X69	Всего	
F32-F43	35 (27%)	2 (11%)	-	-	6 (55%)	1 (25%)	-	-	9 (39%)	53 (28%)	
F20-F23	25 (20%)	6 (33%)	1 (50%)	3 (75%)	2 (18%)	2 (50%)	-	1 (100%)	4 (17%)	44 (23%)	
F60	36 (28%)	6 (33%)	-	-	1 (9%)	1 (25%)	1 (100%)	-	4 (17%)	49 (26%)	
F06	12 (9%)	4 (22%)	1 (50%)	-	1 (9%)	-	-	-	6 (26%)	24 (13%)	
F10-F19	20 (16%)	-	-	1 (25%)	1 (9%)	-	-	-	-	22 (11%)	
Итого	128 (67%)	18 (9%)	2 (1%)	4 (2%)	11 (6%)	4 (2%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	23 (12%)	192 (100%)	

патиту С (табл. 4). Данным заболеванием чаще всего страдают лица с таким диагнозом, как расстройство личности (36%). На втором месте стоят лица, страдающие аффективными расстройствами (22%), на третьем — пациенты с органическими заболеваниями центральной нервной системы (14%).

Таблица 4

Гемоконтактные инфекции при психопатологических состояниях

Психиатрический диагноз	Гемоконтактная инфекция				Всего
	Гепатит С	Гепатит В	ВИЧ	Сифилис	
F32-F43	13 (22 %)	1 (17%)	3 (23%)	4 (31%)	21 (23%)
F20-F23	10 (17%)	2 (33%)	5 (38%)	-	17 (19%)
F60	21 (36 %)	-	1 (8%)	4 (31%)	26 (29%)
F06	8 (14%)	2 (33%)	2 (15%)	4 (31%)	16 (18%)
F10-F19	7 (12%)	1 (17%)	2 (15%)	1 (8%)	11 (11%)
Итого	59 (65%)	6 (7%)	13 (14%)	13 (14%)	91

При оценке причин совершения суицидальных попыток на основании анализа записей в историях болезни результатов клинической беседы с пациентами и их родственниками установлено, что наиболее значимыми являются такие причины, как «зависимость от психоактивных веществ» (23%), «несчастливая любовь» (23%) и «семейный конфликт» (20%), как при первичных, так и при повторных суицидальных попытках (табл. 5).

Таблица 5

Распределение пациентов в зависимости от причины совершения суицидальных попыток

Причины	Кратность попытки		
	1	≥2	Всего
Заболевание	8 (38%)	13 (62%)	21 (5%)
Зависимость от ПАВ	40 (44%)	50 (56%)	90 (23%)
Галлюцинаторно-бредовые идеи	26 (47%)	29 (53%)	55 (14%)
Семейный конфликт	36 (47%)	41 (53%)	77 (20%)
«Несчастливая любовь»	46 (57%)	41 (43%)	87 (23%)
Рабочие/учебные конфликты	10 (59%)	7 (41%)	17 (4%)
Потеря близких	11 (79%)	3 (21%)	14 (4%)
Прочее (избежать службы в армии, «на спор», в СИЗО)	13 (57%)	10 (43%)	23 (6%)

Стоит отметить, что зависимость от ПАВ играет важную роль в суицидальном поведении. Частота самоубийств у лиц с алкогольной зависимостью в 80 раз выше, чем среди населения в целом. А.В. Немцов в своем эпидемиологическом исследовании показал, что до начала антиалкогольной кампании 60% самоубийств были алкогольно-позитивными, в дальнейшем, с началом этой кампании количество суицидов снизилось на 35% [приведено по: 3]. В качестве основных механизмов, усиливающих риск суицидального поведения у лиц, употребляющих спиртные напитки, выделяются увеличение уровня дистресса, повышение агрессивного и аутоагрессивного поведения. При злоупотреблении наркотическими веществами аутоагрессивные действия чаще всего возникают в связи с личностными изменениями (психопатизацией) и развитием аффективных расстройств.

Помимо «зависимости от психоактивных веществ» при первичных суицидальных попытках в качестве значимых отмечались такие причины, как «несчастливая любовь» и «семейные конфликты». «Галлюцинаторно-бредовые идеи», «потеря значимых близких» и «рабочие/учебные конфликты» в качестве причин суицидальных попыток выделялись пациентами реже.

При повторных суицидальных попытках в большей степени указывались причины, связанные с зависимостью от психоактивных веществ, заболеваниями, семейными конфликтами и галлюцинаторно-бредовыми идеями; реже указывались «несчастливая любовь», «потеря близких» и «рабочие/учебные конфликты».

Высокая распространенность суицидального и самоповреждающего поведения среди пациентов с аффективными и личностными расстройствами подтверждается результатами нашего анализа: у 56% диагностированы данные расстройства (табл. 3). Это подтверждает и отмечаемый многими специалистами факт нарушений эмоциональной саморегуляции, характеризующийся, прежде всего, непереносимостью негативного аффекта, неспособностью вынести душевную боль [4; 5; 8; 12; 16; 20; 21; 26 и др.]. Около двух третей пациентов с диагнозом личностного и смешанного, коморбидного тревожного, депрессивного расстройства сообщают о суицидальных попытках в прошлом [8]. Стоит отметить, что повторные суицидальные угрозы, самоповреждающее поведение являются одним из диагностических критериев пограничного расстройства личности в DSM-III-R, а в МКБ-10 признаками расстройства личности являются саморазрушающее поведение и неспособность контролировать эксплозивное поведение.

По данным И.А. Кудрявцева, при каждом повторном суициде риск летального исхода увеличивается, так как от попытки к попытке нарастает тяжесть нанесенных увечий [10; 11]. У пациентов с повторными суицидальными попытками, имеющих диагноз ЛР, самоповреждение но-

сит эмоционально-регулятивный характер. У них не нарастает тяжесть наносимых увечий при повторных самоповреждениях, что отличает их от пациентов, совершивших повторные суицидальные попытки и имеющих другие психические расстройства (табл. 2 и 3). Повторные самоповреждения у пациентов с расстройством личности могут быть объяснены преморбидными особенностями (импульсивность, нестабильность, неадекватная злоба, непереносимость одиночества [15]). В определенной степени это влияет на характер самоповреждающего поведения как способ справиться с сильными отрицательными эмоциями: причинение физической боли, чтобы справиться с психической болью, с сильными эмоциями, за которыми стоит желание успокоиться. Проведенный анализ подтверждает, что повторные суицидальные попытки у пациентов с пограничным расстройством личности следует рассматривать в большей мере как самоповреждения не суицидального, а эмоционально-регулятивного характера, призванные преодолеть непереносимость душевного страдания.

Другим немаловажным фактором является то, что более половины пациентов с повторными суицидальными попытками являются носителями гемоконтактных инфекций, преимущественно гепатита С (табл. 4). Далее следуют такие заболевания, как ВИЧ и сифилис. Свойственная пациентам с пограничным расстройством личности аффективная нестабильность, импульсивность в интерперсональных отношениях, выраженный страх одиночества и склонность к промискуитету в сексуальных контактах [9] объясняют высокий риск тяжелых гемоконтактных инфекций.

Особенности семейного положения изученной группы пациентов характеризуют их как людей одиноких, не состоявших в браке или разведенных (табл. 1). Это соотносится с высоким уровнем гемоконтактных инфекций, нестабильностью межличностных отношений и промискуитетом пациентов с повторными самоповреждениями. Несмотря на активный трудоспособный возраст основной группы пациентов (от 15 до 45 лет) у большинства из них средний уровень образования и нет профессиональной специализации (табл. 1).

Примеры из историй болезни

Пациент X., 35 лет, диагноз: *смешанное расстройство личности*. Гемоконтактные инфекции: гепатит В, гепатит С. Выписка из истории болезни: со слов больного, проживает в квартире вместе с матерью и гражданской женой. В настоящее время не работает. Не отрицает, что в течении трех лет систематически употребляет наркотики (метадон, героин внутривенно). Ранее неоднократно наносил себе самоповреждения острыми предметами: как объяснил сам пациент, «по

дурости, по молодости». Самоповреждение, послужившее причиной госпитализации, нанес из-за конфликта с гражданской женой: «Вышел из себя, психанул, чувствовал себя никому не нужным».

Пациентка А., 34 года, диагноз: *депрессивный эпизод легкой степени тяжести у личности с психопатоподобными изменениями*. Гемоконтактные инфекции: гепатит С. Выписка из истории болезни: со слов пациентки, проживает с мужем. От первого брака — сын, который живет с отцом. В настоящее время не работает. Эпизодически употребляет алкоголь. Не скрывает, что ранее наносила себе самопорезы, причину называет: «Частые конфликты в семье». Настоящее самоповреждение нанесла себе после ссоры с мужем.

Пациентка Т., 27 лет, диагноз: *эмоционально-неустойчивое расстройство личности с аутодеструктивными тенденциями поведения, осложненное опиатной зависимостью и пагубным употреблением алкоголя*. Гемоконтактные инфекции: гепатит С. Выписка из истории болезни: со слов пациентки, проживает с гражданским мужем и его матерью. Родители давно в разводе, с отцом отношения практически не поддерживает, мать умерла несколько лет назад. Имеет среднее школьное образование. Постоянно нигде не работает, так как «нет подходящей работы». Более 10 лет употребляет наркотики (героин внутривенно). Не отрицает, что в подростковом возрасте наносила себе самопорезы: «Резала вены на спор», при этом улыбается, «весело было тогда». Настоящее самоповреждение нанесла в связи со ссорой с гражданским мужем, выпрыгнула с пятого этажа, потому что «хотела его проучить и вообще все надоело».

Стоит отметить, что при первичных суицидальных попытках чаще всего определяются такие социально-психологические детерминанты, как конфликты во взаимоотношениях полов, разрыв отношений со значимыми близкими, потеря значимых близких, конфликты во взаимоотношениях с коллегами, друзьями, сложности в профессиональной деятельности.

Например, *пациент К.*, 28 лет, диагноз: *эмоционально-неустойчивое расстройство личности, со стойкими аутодеструктивными тенденциями поведения, осложненное пагубным употреблением алкоголя; декомпенсация*. Гемоконтактные инфекции: нет. Со слов больного, проживает в Москве, в квартире вместе с женой. Подрабатывает сапожником. Употребление наркотиков отрицает. Не отрицает того, что периодически «для расслабления» употребляет алкоголь. Сообщил, что «в подростковом возрасте резал вены из-за несчастной любви (при осмотре на обоих предплечьях больного многочисленные, старые рубцы от самопорезов). При данном осмотре больной сообщил, что вечером находился в состоянии сильного алкогольного опьянения на почве конфликта с женой. Со слов пациента: «она решила от меня уйти». В связи с этим он в очередной раз нанес себе множественные порезы в области живота, поскольку «снова вышел из себя не мог больше сдерживаться, она меня “достала”, довела до такого состояния, хотел ее проучить».

Эти данные подтверждаются исследованиями Кудрявцева И.А. и Декало Е.Э., выявившими, что основными мотивами совершения аутоагрессивных действий является потеря значимых близких, нетрудоустроенность и одиночество [11]. Как следствие всех вышеперечисленных детерминант при повторных суицидальных попытках выявляется целый ряд факторов, усиливающих риск повторных самоповреждений: сниженный фон настроения, сниженная социальная адаптация, психические и физиологические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, частые конфликты в семье.

Сравнивая причины и психопатологическую симптоматику при первичных и повторных суицидальных попытках, можно сказать об усугублении психопатологического состояния у пациентов. Такие причины, как «несчастливая любовь», «семейные конфликты», «зависимость от ПАВ», выделялись как наиболее значимые, как при первичных, так и при повторных самоповреждениях. Однако при повторных самоповреждениях возрастает частота таких причин, как «заболевание», «зависимость от ПАВ», «семейные конфликты». Негативное соматическое и психическое состояние при повторных попытках начинает играть основную роль, усугубляя межличностные проблемы.

Таким образом, после первичных аутодеструктивных действий, стрессов, кризисных ситуаций психическое состояние ухудшается и возникают психопатологические симптомы, что приводит к повторным и многократным самоповреждениям. Качественный анализ материалов историй болезни показывает, что пациенты испытывают сложности в профессиональной области и межличностных отношениях. Именно эти трудности социально-психологического характера чаще всего выступают факторами манифестации психопатологической симптоматики и совершения первичного самоповреждения. Социально-психологическими факторами повторных суицидальных попыток являются, в первую очередь, усиление тяжести психического состояния и прогрессирующая социальная дезадаптация больных после совершения первичных аутоагрессивных действий: нарастает зависимость от ПАВ, возрастает частота семейных конфликтов, прогрессируют соматические и психические заболевания.

На основе полученных результатов можно сделать вывод о необходимости комплексной психотерапевтической, психиатрической и социальной работы с людьми, страдающими расстройствами личности и находящимися в кризисных ситуациях, разработки и внедрения профилактических программ по преодолению суицидального поведения.

В настоящее время наиболее распространенной научно обоснованной моделью такой помощи является метод диалектической бихевиоральной терапии, разработанный американской исследовательницей хроническо-

го суицидального поведения Маршей Линехан (M. Linehan). В большинстве западных стран на основе указанного метода созданы центры помощи людям, страдающим ПРЛ. Методы диалектической поведенческой терапии рассчитаны на длительное сопровождение пациентов: вначале в рамках стационара, а затем в амбулаторном формате [12]. Они направлены на снижение острых реакций на стресс, уменьшение риска аутоагрессивного поведения, расширение репертуара совладающих стратегий и изменение взгляда пациента с ПРЛ на ситуацию, которая кажется ему невыносимой и безвыходной. Данный вид терапии был создан специально для лиц с хроническим суицидальным поведением, однако он оказался эффективным для широкого контингента лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Среди центров поддержки лиц с ПРЛ стоит упомянуть жилой центр лечения (residential treatment center «Timberline Knolls»). В нем помимо службы горячей линии (телефона доверия) специалистами оказывается очная помощь людям с ПРЛ, депрессией и другими психическими заболеваниями, при этом проводится комплексная терапия, основанная на био-психо-социально-духовной парадигме.

Таким образом, на основе проведенного анализа историй болезни пациентов с суицидальными попытками выявлен ряд клинических и социально-психологических характеристик, которые можно рассматривать в качестве факторов суицидального поведения у данного контингента: психические расстройства, сниженный фон настроения, агрессивность, импульсивность, соматические и психические заболевания, социальная дезадаптация, злоупотребление психоактивными веществами, нарушения межличностных отношений. Перечисленные особенности, как правило, характерны для личностной патологии. При отсутствии социально-психологической поддержки они приводят к повторным (часто многократным) аутодеструктивным действиям. Поэтому необходимо создание специальных центров-служб (по модели диалектической бихевиоральной терапии, доказавшей свою эффективность в ряде стран) для оказания психологической помощи лицам с хроническим суицидальным поведением.

Выводы

Клинические характеристики лиц, совершивших повторные/неоднократные суицидальные попытки, в наибольшей степени относятся к аффективным расстройствам и расстройствам личности. Преимущественные самоповреждения — колото-резаные ранения различной локализации. Коморбидные заболевания связаны с алкогольной и наркотической аддикцией и гемоконтактными инфекциями.

Социально-психологические характеристики лиц, совершивших повторные/неоднократные суицидальные попытки включают невысокий уровень образования, трудоспособный возраст до 45 лет и одинокое проживание.

Факторы первичных и вторичных попыток суицида включают сложности в профессиональной области и межличностных отношениях, частые разрывы и потерю значимых отношений. Именно эти трудности социально-психологического характера чаще всего выступают факторами манифестации или обострения психопатологической симптоматики и совершения первичного самоповреждения. Факторами повторных суицидальных попыток являются в первую очередь усиление тяжести психического состояния и прогрессирующая социальная дезадаптация пациентов: нарастает зависимость от психоактивных веществ, увеличивается частота семейных и межличностных конфликтов, прогрессируют соматические и психические заболевания.

Необходимость создания специальной службы помощи для лиц, совершивших суицидальную попытку, а также повторные/неоднократные самоповреждения диктуется задачами профилактики суицидального поведения. Для реабилитации пациентов и предотвращения повторных попыток необходима продолжительная комплексная психотерапевтическая, психиатрическая и социальная работа с людьми, страдающими личностными расстройствами и находящимися в кризисных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. М.: Б. и., 1978. С. 44—59.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. М.: Б. и., 1978. С. 6—28.
3. Бисалиев Р.В., Вешнева С.А. Суицидальное поведение у аддиктов и их родственников. Астрахань: АГТУ, 2013. 10 с.
4. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
5. Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., Арбузова Л.А. Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 119—139.
6. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. С. 270—352.
7. Жабенко Н.Ю. Суицидальное поведение и ВИЧ-инфекция // Клінічні дослідження. 2011. № 4. С. 45—47.
8. Каргин А.М., Войцех В.Ф., Холмогорова А.Б. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суици-

- дальние попытки // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 4. С. 15—20.
9. *Кони́на М.А., Холмогорова А.Б., Сорокова М.Г.* Феномен неограниченного сексуального поведения в современном обществе: патологические тенденции культуры или патология личности? // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 88—118.
 10. *Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Изд-во МГУ, 1999. 414 с.
 11. *Кудрявцев И.А., Декало Е.Э.* Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. 2012. № 2. С. 3—10.
 12. *Лайнен М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. М.: Изд-во «Вильямс», 2007. 50 с.
 13. *Лапицкий М.А., Ваулин С.В., Войцех В.Ф., Яковлева С.В.* Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клиничко-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 1. С. 28—33.
 14. *Ласовская Т.Ю.* Самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 38—47.
 15. *Ласый Е.В., Давидовский С.В., Хвостова И.И.* Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Минск: Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. 34 с.
 16. *Меннингер К.* Война с самим собой: пер. с англ. М.: Экспо-пресс, 2000. 480 с.
 17. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад ВОЗ о ситуации в мире / Под ред. Э.Г. Круга и др.: пер. с англ. М.: Изд-во «Весь мир», 2003. 376 с.*
 18. *Павлова Т.С.* Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях // Современная зарубежная психология. 2013. № 2. С. 79—89.
 19. *Положий Б.С.* Суицидальное поведение (клиничко-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: Изд-во ФГУ ГНЦ ССП имени Сербского, 2010. 232 с.
 20. *Польская Н.А.* Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 140—152.
 21. *Польская Н.А., Власова Н.В.* Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 4. С. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411
 22. *Смулевич А.Б.* Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебник. М.: Медпресс-информ, 2009. 140 с.
 23. *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия: учебник. М.: Когито-центр, 2005. 376 с.
 24. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М.* Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология психология. 2009. № 3. С. 101—110.
 25. *Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Бадалян А.В., Саркисов С.А.* Адаптация методик исследования отношения к смерти у людей в остром постсуициде и

в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 2. С. 35—42.

26. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.

27. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process / Suicide, An unnecessary death. London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group, 2001. P. 13—27.

CLINICAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUICIDAL ATTEMPTS

M.I. CHERNAIA*,

Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovsky, Moscow, Russia, chernaya_masha@mail.ru

A.B. KHOLMOGOROVA**,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, kholmogorova@yandex.ru

O.V. ZUBAREVA***,

Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovsky, Moscow, Russia, Olgazubareva@yandex.ru

For citation:

Chernaia M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., Zhuravleva T.V. Clinical and Socio-Psychological Characteristics of Patients With Suicidal Attempts. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 69—88. doi: 10.17759/cpp.20162403005. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Chernaia Maria Igorevna*, Junior research scientist, Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovsky, Moscow, Russia, e-mail: chernaya_masha@mail.ru

** *Kholmogorova Alla Borisovna*, PhD in Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

*** *Zubareva Olga Viktorovna*, Candidate of Medical Sciences, Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovsky, Moscow, Russia, e-mail: olgazubareva@yandex.ru

T.V. ZHURAVLEVA****,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
tita1993@mail.ru

The article presents a retrospective analysis of medical records of 192 patients with suicide attempts who were treated in somatopsychology department for surgical patients in Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovsky. The sample consisted of 64% men and 36% women. Most patients didn't have higher education (82%), were not married (71%), and were in active working age from 15 to 45 years old (74%). The analysis of the medical records revealed that most patients were diagnosed with affective and personality disorder (56%), suffered from addiction and consumed alcohol and drugs regularly (11%), gave themselves stab and incision wounds of different localization (74%), a lot of them had hepatitis C virus (65%). Exasperation of severity of their mental state and growth of psychological and social maladjustment of patients after the initial auto-aggressive action often act as the factors of repetitive and multiple suicide attempts. We conclude that it is necessary to create special centers for the rehabilitation of patients who committed a suicide attempt and for the prevention of repeated auto-aggressive actions based on the model of centers of dialectical behavioral therapy, which provide specialized care for patients with chronic suicidal behavior.

Keywords: suicidal behavior, socio-psychological factors, suicide attempt, prevention.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G. Individual'no-psikhologicheskie aspekty suitsidal'nogo povedeniya [Individual-psychological aspects of suicidal behavior]. Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicidology]. Moscow: B. i., 1978, pp. 44—59.
2. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoi dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment of personality]. Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicidology]. Moscow: B. i., 1978, pp. 6—28.
3. Bisaliev R.V., Veshneva S.A. Suitsidal'noe povedenie u addiktov i ikh rodstvennikov [Suicidal behavior in addicts and their relatives]. Astrakhan: Publ. AGTU, 2013. 10 p.
4. Voitsekh V.F. Klinicheskaya suitsidologiya [Clinical suicidology]. Moscow: Publ. Miklosh, 2008. 280 p.
5. Gorchakova V.A., Arbuzova L.A., Palin A.V., Kholmogorova A.B. Travmaticheskii stress u patsientov s khronicheskim suitsidal'nym povedeniem i chertami pogrannichnogo lichnostnogo rasstroistva [Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikh-*

**** Zhuravleva Tatiana Vladimirovna, Master's student, Department of Clinical and Forensic Psychology, Faculty of Legal and Forensic Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: tita1993@mail.ru

- hologiya i psikhoterapiya [Counseling psychology and psychotherapy]*, 2014. Vol. 22, no. 2, pp. 119—139. (In Russ., Abstr. in Engl.).
6. Grollman E. Suitsid: preventsiya, interventsya, postventsya [Suicide: prevention, intervention, postvention]. In *Suitsidologiya: Proshloe i nastoyashchee: Problema samoubiistva v trudakh filosofov, sotsiologov, psikhoterapevtov i v khudozhestvennykh tekstakh [Suicidology: Past and present: The problem of suicide in the works of philosophers, sociologists, psychotherapists and in fiction]*. Moscow: Publ. Kogito-Tsentr, 2001. 232 p.
 7. Zhabenko N.Yu. Suitsidal'noe povedenie i VICH-infektsiya [Suicidal behaviour and HIV]. *Klinichni doslidzhennya [Clinical advancements]*, 2011, no. 4, pp. 45—47.
 8. Kargin A.M., Voitsek V.F., Kholmogorova A.B. Lichnostnye faktory suitsidal'nogo povedeniya u patsientov krizisnogo statsionara, sovershivshikh suitsidal'nye popytki [Personal factors of suicidal behavior in patients of the crisis inpatient facility with suicidal attempts]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2009. Vol. 19, no. 4, pp. 15-20. (In Russ., Abstr. in Engl.).
 9. Konina M.A., Kholmogorova A.B., Sorokova M.G. Fenomen neogranichennogo seksual'nogo povedeniya v sovremennom obshchestve: patologicheskie tendentsii kul'tury ili patologiya lichnosti? [The phenomenon of unrestricted sexual behavior in modern society: pathological culture tendency or personality pathology?]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014. no. 2, pp. 88—118. (In Russ., abstr. in Engl.)
 10. Kudryavtsev I.A. Kompleksnaya sudebnaya psikhologo-psikhiatricheskaya ekspertiza [Comprehensive forensic psychological and psychiatric examination]. Moscow: Publ. MGU, 1999. 414 p.
 11. Kudryavtsev I.A., Dekalo E.E. Psikhologicheskie faktory i mekhanizmy suitsidogeneza kak kriterii suitsidal'nogo riska i napravlennoi profilaktiki [Psychological factors and mechanisms of suicide genesis as criteria of suicide risk and targeted prevention]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2012, no. 2, pp. 3—10. (In Russ., Abstr. in Engl.).
 12. Linehan M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogranichnogo rasstroistva lichnosti [Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder]. Moscow: Publ. Vil'yams, 2007. 50 p. (In Russ.)
 13. Lapitskii M.A., Vaulin C.B., Voitsek V.F., Yakovleva C.B. Suitsidal'nye otravleniya. Epidemiologicheskie i kliniko-toksilogicheskie aspekty [Suicidal poisoning. Epidemiological and clinical-toxicological aspects]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2004, no. 1, pp. 28—33.
 14. Lasovskaya T.Yu. Samopovrezhdayushchee povedenie pri pogranichnom lichnostnom rasstroistve [Self-injurious behavior in borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014, no. 2, pp. 38—47. (In Russ., abstr. in Engl.)
 15. Lasyi E.V., Davidovskii S.V., Khvostova I.I. Otsenka suitsidal'nogo riska i profilaktika suitsidal'nogo povedeniya [Assessment of suicidal risk and prevention of suicidal behavior]. Minsk: Publ. Belorusskaya meditsinskaya akademiya poslediplomnogo obrazovaniya, 2009. 34 p.
 16. Menninger K. Voina s samim soboi [Man Against Himself]. Moscow: Publ. Ekspress, 2000. 480 p. (In Russ.)

17. Nasilie i ego vliyanie na zdorov'e. Doklad VOZ o situatsii v mire: per. s angl. [World report on violence and health]. In E.G. Krug et al. (eds). M.: Publ. «Ves' mir», 2003. 376 p. (In Russ.)
18. Pavlova T.S. Diagnostika riska suitsidal'nogo povedeniya detei i podrostkov v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh [Assessment of risk of suicidal behavior in children and adolescents in educational establishments]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Modern foreign psychology], 2013, no. 2, pp. 79—89. (In Russ., Abstr. in Engl.)
19. Polozhii B.S. Suitsidal'noe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i etno-kul'tural'nye aspekty) [Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects)]. Moscow: Publ. FGU GNTs SSP im. Serbskogo, 2010. 232 p.
20. Polskaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons of self-injurious behavior in youth (based on a self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 140. (In Russ., Abstr. in Engl.)
21. Polskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Self-destructive behavior in adolescence and youth]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015. Vol. 23, no. 4, pp. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411. (In Russ., abstr. in Engl.)
22. Smulevich A.B. Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroystv: uchebnik [Psychopathology of personality and comorbid disorders]. Moscow: Publ. Medpress-inform, 2009. 140 p.
23. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya: uchebnik [Suicide-studying and crisis psychotherapy]. Moscow: Publ. Kogito-tsentr, 2005. 376 p.
24. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Gorshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in a student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2009, no. 3, pp. 101-110. (In Russ., Abstr. in Engl.)
25. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Badalyan A.V., Sarkisov S.A. Adaptatsiya metodik otnosheniya k smerti u lyudei v ostrom postsuitside i v otnositel'nom psikhologicheskom blagopoluchii [Adaptation of the attitude to death and fear of death assessment techniques for the healthy individuals and those in acute post-suicidal condition in a Russian sample]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2012, no. 2. pp. 35-42. (In Russ., Abstr. in Engl.)
26. Shneidman E. Dusha samoubiitsy [The Suicidal Mind]. Moscow: Publ. Smysl, 2001. 315 p.
27. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In *Suicide, An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group, 2001. P. 13—27.